附件3

医药代表来院预约登记表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医代表药预约申请 | 企业名称 |  |
| 代表姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由（请详细填写事由，并勾选项目类型）：□药品 □器械 □其他：  |
| 涉及临床医技科室 | （注明可能涉及科室名称和人员） |
| 接待职能部门意见 |     年 月 日  |
| 分管领导意见 |   年 月 日 |
| 备注 |  |

 来访人员签名：